

QUEIXAS MAIS COMUNS NO AMBULATÓRIO DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Maria Dalva de Barros Carvalho*

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera**

CARVALHO, M.D.B.; BALDISSERA, V.D.A. Queixas mais comuns no ambulatório de controle da hipertensão arterial. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, 8(2), mai./ago. p.101-106, 2004.

RESUMO: A Hipertensão Arterial é uma doença de relevância para saúde pública especialmente por considerar que a maioria dos pacientes pode ser tratada em unidades ambulatoriais. O atendimento do paciente deve prever entrevista minuciosa com vistas à identificação de sinais e sintomas característicos de lesão de órgãos-alvo. Este trabalho procurou analisar as queixas mais comuns nas consultas multiprofissionais do Centro de Saúde Escola, comparando-as entre as categorias profissionais, avaliando a existência de diferenças de queixas nas diferentes consultas, podendo assim compreender melhor a experiência de ser portador de hipertensão. Este estudo se caracteriza como descritivo documental. Foram analisadas todas as fichas-prontuários dos clientes (73) cadastrados no Programa de Controle da Hipertensão Arterial no Centro de Saúde Escola no período de maio de 2001 à maio de 2002, período este equivalente a 12 meses do programa no serviço, e acompanhados até maio de 2003. Os resultados demonstram maior proporção de mulheres acompanhadas; mudança de queixas entre a primeira e última consulta; discordância de registros de queixas entre os profissionais; pequena relação de queixas com a hipertensão arterial.

PALAVRAS CHAVES: Hipertensão arterial. Queixas. Sintomas.

MOST COMMON COMPLAINTS IN THE AMBULATORIAL OF CONTROL OF THE ARTERIAL HYPERTENSION

CARVALHO, M.D.B.; BALDISSERA, V.D.A. Most common complaints in the ambulatorial of control of the arterial hypertension. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, 8(2), mai./ago. p.101-106, 2004.

ABSTRACT: The Arterial Hypertension is an illness of great importance for public health, especially for considering that the majority of the patients can be treated in ambulatory units. The patient treatment must preview detailed interview aiming at identifying the signals and characteristic symptoms of the organ-target injury. This work tried to analyze the most common complaints in the multiprofessional consultations of the Saúde Escola Center (CSE) from Paranaense University (UNIPAR) and compared them among the professional categories, evaluating the existence of differences of complaints in the different consultations, being able to better understand the experience to be a hypertensive patient. This study is characterized as documentary descriptive. We have used the handbook of all hypertensive patients (73) registered in the Arterial Hypertension Control Program in the period from May of 2001 to May of 2002, a period which is equivalent to 12 months of the Program in the service, and followed until May of 2003. The results demonstrate greater ratio of accompanied women; a change in the complaints between the first and last consultation; disagreement of complaints records between the professionals; small relation of complaints to the arterial hypertension.

KEY-WORDS: Arterial hypertension. Complaints. Symptoms.

Introdução

A Hipertensão Arterial (HA) representa importante condição patológica em saúde pública pela sua prevalência e detecção tardia, na maioria das vezes. Desencadeia graves situações individuais e familiares como a invalidez, ou situações coletivas como alocação de gastos públicos que envolvem internações. É caracterizada como fator de risco para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 1997)

Neste contexto se insere a discussão de ações que venham a contribuir para o seu controle coletivo, vislumbrando a dimensão da problemática em saúde pública. Segundo Ministério da Saúde, a HA tem prevalência em 20% da população adulta e forte relação com 80% dos

casos de Acidente Vascular Cerebral e 60% dos casos de doença isquêmica do coração (BRASIL, 1997). Estudos populacionais brasileiros apontados por BRANDÃO *et al.* (2003) demonstram que a prevalência da HA no Brasil varia de 14% a 47,9% acrescentando-se que esses estudos restringem-se a determinadas cidades ou grupos populacionais específicos, não havendo estudos que provem esta estimativa a nível nacional. COUTO & KAISER (2003) corroboram com esta afirmação apontando que no Brasil não se dispõe de estatísticas da prevalência da HA e que alguns trabalhos apontam para a equivalência de dados norte-americanos situados entre 15% a 24% dependendo do critério diagnóstico utilizado.

De acordo com a etiologia, a HA classifica-se em

*Doutora, Professora do Departamento de Enfermagem e do Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá - UEM

**Mestre, Professora da Universidade Paranaense - UNIPAR

Primária ou Essencial - sem causa conhecida, e Secundária - resultante de causas conhecidas, com percentual respectivo de 95% e 5% dos casos (RIBEIRO, 1996; BRASIL, 1993; CHIAVERINI 1985). Acomete mais adultos de meia idade em diante, sendo maior a incidência em mulheres acima de 40-45 anos e em homens em faixa etária inferior, na raça negra, e em indivíduos com história familiar, sabidamente em gêmeos idênticos (SANTOS, 2002; BRASIL, 1993; CHIAVERINI 1986; BRANDÃO *et al.*, 2003).

O diagnóstico precoce oferece redução do risco de complicação. Neste contexto, as ações preventivas em atenção primária ganham justificativa para sua implementação, sobretudo ao considerar que 60% à 80% dos casos de HA podem ser detectados e tratados na rede básica (BRASIL, 1997)

O atendimento da pessoa com HA ou da pessoa para o diagnóstico de HA pressupõe a habilidade técnica e científica de reconhecimento de sinais e sintomas desta doença, bem como das lesões de órgãos-alvo. Segundo CHIAVERINI (1985), as manifestações clínicas da hipertensão arterial essencial aparecem em decorrência das lesões provocadas no sistema vascular, e embora sejam generalizadas, afetam com maior frequência o sistema nervoso central, os olhos, o sistema cardiovascular e os rins – que constituem os órgãos-alvo. O mesmo autor relata que a manifestação mais frequente é a cefaléia, presente em mais da metade dos hipertensos, e caracteriza-se, na maioria dos casos, em dor na região occipital ao despertar, podendo estender-se à nuca, com irradiação às vezes para a fronte. Outras manifestações como zumbido e tonturas podem estar presentes nos hipertensos sintomáticos. Em situações de estágio mais avançado, com lesão de órgão-alvo, surgem a angina pectoris, o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, Acidente Vascular Cerebral (AVC), ataque isquêmico transitório, encefalopatia transitória, hemorragias e exsudatos com ou sem papiledema, insuficiência renal, doença arterial oclusiva sintomática; estas manifestações constituem o parâmetro clínico para diagnóstico tardio da HA (RIBEIRO, 1996). Destaca-se, em relação à raça, que negros e mulatos hipertensos tem mais risco de AVC do que brancos (NOBLAT *et al.*, 2004). Outros sinais e sintomas podem estar presentes como formigamentos, parestesias, hemiplegias e comas em quadros graves, epistaxe, metrorragia e ejaculação sanguinolenta (SERRO AZUL, 1977). O atendimento individual em saúde pressupõe a habilidade de coleta de dados subjetivos e objetivos do paciente através da anamnese e do exame físico. Entre os dados colhidos em avaliação inicial, incluem-se hábitos tabagistas, doenças concomitantes como deslipidemias e diabetes, história familiar evento cardiovascular antes dos 55 anos para homens e 65 anos para mulheres em parentes de primeiro grau e uso de medicamentos contínuos (PLAVNIK & TAVARES, 2003). A história do paciente é coletada com vistas à identificação de condições reais ou potenciais de risco à saúde. A parte mais relevante é a identificação da queixa principal, que “compreende um ou mais sintomas ou outras queixas que tenham levado o paciente a procurar auxílio ou orientação” (BATES, 2001).

Investigar as queixas comuns do paciente hipertenso no nível ambulatorial parece, portanto, ser o caminho para a reflexão das condições que levam o indivíduo a procurar

atendimento na atenção básica de saúde, contribuindo assim para o planejamento das ações de saúde para este grupo de indivíduos.

O Programa de Controle da Hipertensão Arterial visa ao acompanhamento sistemático de portadores dessa doença, objetivando evitar danos à saúde e causando impacto nos dados de mortalidade.

Sendo assim, como prática assistencial em uma unidade-escola (Centro de Saúde Escola da Universidade Paranaense e Prefeitura Municipal de Umuarama-PR), vivenciou-se consultas periódicas programadas ou ocasionais, que tinham como objetivo estimular o enfermeiro-docente, profissionais de saúde e acadêmicos de enfermagem a desenvolver o papel de agente de mudanças, especialmente no que diz respeito à educação em saúde do indivíduo hipertenso. Porém, se observava que, embora conscientes e capacitados para o controle da hipertensão arterial, se deparava com queixas incomuns a esta patologia, e que muitas vezes fugiam da compreensão ou passavam despercebidas, e ainda que havia diferentes queixas registradas em prontuários por diferentes profissionais na mesma ocasião.

Essa situação causava inquietude, principalmente porque o aluno tomava conhecimento de parte das queixas do paciente, tendo uma visão menos totalizadora deste e não relacionando, às vezes, essas queixas à necessidade de nortear suas ações para o controle pressórico. É preciso ressaltar que nesta Unidade os pacientes hipertensos são atendidos por vários profissionais da saúde, e que muitas vezes os acadêmicos de enfermagem não assistiam às consultas perdendo assim, a oportunidade de conhecer outras situações vivenciadas por ele.

Essa preocupação culminou na motivação por esta pesquisa, objetivando analisar as queixas mais comuns nas consultas multiprofissionais do CSE, comparando-as entre as categorias profissionais, avaliando a existência de diferenças de queixas nas diferentes consultas, podendo assim compreender melhor a experiência do portador de hipertensão arterial e procurar novas alternativas de educação e saúde.

Material e método

Este estudo se caracteriza como descritivo documental. Foram analisadas todas as fichas-prontuários dos 73 (setenta e três) clientes cadastrados no Programa de Controle da Hipertensão Arterial no Centro de Saúde Escola no período de maio de 2001 a maio de 2002, e acompanhados até maio de 2003. Foram considerados somente os clientes com diagnóstico médico de hipertensão arterial primária. Destes prontuários foram levantados os seguintes dados: idade, sexo, queixas na primeira e última consulta e profissional que prestou o atendimento. Considerou-se a data de primeira consulta, o período de maio de 2001 a maio de 2002, que corresponde à data de cadastro do hipertenso no serviço; e data de última consulta, anterior a maio de 2003, período em que ocorreu a coleta de dados, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Humanos da UNIPAR.

Resultados

Este trabalho permitiu identificar a distribuição dos

hipertensos cadastrados no serviço segundo sexo e faixa etária.

Tabela 1. Distribuição do número e percentual de clientes hipertensos atendidos no período segundo sexo e faixa etária, Umuarama-PR, 2003

Faixa Etária	Sexo Feminino	Sexo Masculino	%
21 a 30 anos	03	00	4,2
31 a 40 anos	02	00	2,8
41 a 50 anos	15	01	22,0
51 a 60 anos	21	02	31,5
61 a 70 anos	15	05	27,4
71 a 80 anos	08	00	11,0
TOTAL	64	09	100,0

É observável que o número de mulheres apresenta-se muito maior em comparação ao número de homens cadastrados e acompanhados no serviço. Este dado pode não estar relacionado com a prevalência maior da doença no sexo feminino, especialmente na faixa etária dos 41 aos 50 anos, período em que a doença prevalece mais no sexo masculino (LESSA, 1998). Neste sentido, discute-se sobre a razão de se encontrar, neste serviço, proporção maior de mulheres. Uma das razões pode estar respaldada nas características do serviço de saúde a que estão vinculados os sujeitos deste trabalho. O CSE é uma unidade de saúde que tem cativado mulheres na assistência a saúde sexual e reprodutiva, especialmente por se firmar como centro de referência para exame preventivo de câncer de colo-uterino, prestando atendimento integral, assim como no período gestacional. Sendo assim, a maioria dos clientes cadastrados é constituída por mulheres. Desta forma, já se previa um número igualmente maior de mulheres entre os hipertensos, principalmente pela detecção de HA na ocasião de atendimento ginecológico e conseqüente cadastramento no serviço. Outra razão se insere nas características próprias do gênero; não se pode desconsiderar a faixa etária acima de 40 anos encontrada entre a maioria percentual das mulheres deste estudo. Este período vivenciado, denominado climatério, expõe a mulher a diversas mudanças bio-psico-sociais. É sabido que uma das percepções da mulher neste período é o sentimento de solidão, provocado pelas perdas familiares manifestadas pela emancipação financeira e independência de decisões por parte dos filhos que comumente deixam seu domicílio para constituir a sua família ou afirmar a independência materna; agregadas a essas perdas estão a perda da feminilidade, geradas pela ausência de ciclos menstruais e mudanças na

estrutura do corpo; e ainda, o medo de envelhecer. É possível que o CSE tenha, então, servido como centro de apoio para as mulheres que vivenciam o climatério, e por isso este estudo tenha encontrado percentual maior de mulheres hipertensas acompanhadas em comparação aos homens.

Procurou-se identificar os tipos de consultas realizadas aos clientes hipertensos no momento de seu cadastramento no serviço - considerada a primeira consulta; e também na última consulta - referindo-se à consulta registrada no período de abrangência deste estudo, até o mês de maio de 2003.

A maioria dos clientes atendidos em primeira consulta foi avaliada pelo enfermeiro. Este fato é explicado pela padronização do serviço, no qual o atendimento inicial é realizado pelo enfermeiro conforme protocolo, e somente por outros profissionais em casos excepcionais como consulta indisponível para o enfermeiro por um período superior a sete dias; esta realidade é vivenciada pelo agendamento prévio de todas as consultas do CSE. Observa-se, pelos dados tabulados, que a maioria dos clientes atendidos na última consulta foi avaliado pelo profissional médico. Vale acrescentar que este fato se respalda na identificação de que 45,6% destes pacientes atendidos pelo médico compareceram para avaliação de resultados de exames de rotina solicitados por este profissional.

As queixas dos pacientes registradas nos prontuários foram levantadas no intuito de proceder à análise das diferenças e semelhanças que existem de acordo com o tipo de consulta realizada. As tabelas 3 e 4 demonstram estes dados, separados em queixas registradas na primeira consulta (tabela 3), e última consulta (tabela 4).

As consultas destinadas ao profissional médico apresentam estreita relação com queixas algícas para a qual a lombalgia foi relatada em 80%, ou queixas de disfunção de sistemas, contudo prevalecendo as consultas de rotina com verbalização do paciente quanto à necessidade de controle pressórico, sugerindo a percepção acerca de cuidados preventivos.

Entre os atendidos em consulta com o enfermeiro, é expressivo o registro de queixas ginecológicas em proporção maior que os registros deste mesmo sintoma pelo médico. Percebe-se também, que as queixas registradas em consulta de enfermagem diferem da consulta médica, principalmente por identificar queixas algícas em proporção inferior entre aquelas registradas pelo profissional médico. As crises hipertensivas, que demandaram consulta de enfermagem,

Tabela 2. Distribuição do número e percentual de clientes atendidos em primeira e última consulta segundo tipo de consulta realizada, Umuarama-PR, 2003

Tipo de Consulta	Nº de clientes atendidos em primeira consulta	%	Nº de clientes na última consulta	%
Médica	07	9,6	46	63,8
Enfermagem	66	90,4	20	27,7
Nutrição	-	-	06	8,5
*Total	*73	100,0	*72	

Nota: o total de clientes na primeira e última consulta é diferente pelo fato de que 01 (um) paciente não retornou após a primeira consulta, sendo considerado seus dados na tabulação de primeira consulta.

Tabela 3 – Distribuição do número e percentual de clientes atendidos em primeira consulta segundo o profissional e a queixa principal relatada, Umuarama-PR, 2003

Queixa Relatada	Médico	%	Enfermeiro	%
Necessidade de Controle da Pressão Arterial	-	-	27	41,0
Necessidade de Controle da Pressão Arterial e estado mental alterado	-	-	02	3,0
Necessidade de Controle da Pressão Arterial e insônia	-	-	03	4,4
Necessidade de Controle da Pressão Arterial e queixas algícas	03	42,8	-	-
Necessidade de Controle da Pressão Arterial e queixas ginecológicas	-	-	02	3,0
Queixa algíca	04	57,2	08	12,1
Queixa Ginecológica	-	-	21	31,8
Queixa Urinária	-	-	01	1,5
Queixa de insônia	-	-	02	4,4
Total	07	100%	66	100%

Fonte: Prontuários de Clientes Cadastrados no Programa de Controle de Hipertensão Arterial, CSE

Tabela 4 – Distribuição do número e percentual de clientes atendidos na última consulta segundo o profissional e a queixa principal relatada, Umuarama-PR, 2003

Queixa Relatada	Médico	%	Enfermeiro	%	Nutricionista	%
Consulta rotina e sem queixas	21	45,5	-	-	-	-
Queixas Algícas	15	32,5	-	-	-	-
Queixas Ginecológicas	02	4,4	12	60,0	-	-
Insônia	-	-	01	-	-	-
Crise Hipertensiva	-	-	04	20,0	-	-
Controle Peso	-	-	-	-	06	100,0
Queixas Urinárias	03	6,6	-	-	-	-
Queixas Dermatológicas	-	-	02	10,0	-	-
Acuidade Visual diminuída	02	4,4	-	-	-	-
Queixas respiratórias	02	4,4	-	-	-	-
Queixas do Aparelho Circulatório	01	2,2	-	-	-	-
Estado Mental Alterado	-	-	01	10,0	-	-
TOTAL	46	100%	20	100%	06	100%

Fonte: Prontuários de Clientes Cadastrados no Programa de Controle de Hipertensão Arterial, CSE

também merecem discussão por considerar que em situação de urgência, identificado pelo próprio paciente, acontece a busca pelo enfermeiro; talvez pela presença em tempo integral deste profissional no serviço de saúde que facilita o acesso, ou por supor que o vínculo com este profissional seja maior.

Os 06 (seis) pacientes atendidos pelo profissional nutricionista tinham, como queixa, a necessidade de controle

de peso corporal. Contudo, não se identificou a busca pela consulta de nutrição para mudança nos hábitos alimentares, com vistas à alimentação saudável. Acrescenta-se que, como protocolo do serviço, a consulta nutricional é padronizada para todos os pacientes hipertensos, independente do seu estado nutricional.

Discussão

A incidência da HA é sabidamente maior entre mulheres com mais de 50 anos, associada à queda dos níveis estrogênicos que acompanha o climatério (LESSA, 1998). Os dados coletados permitem uma discussão acerca do número e percentual mais elevado de mulheres acompanhadas no Programa de Controle da Hipertensão Arterial em relação ao homem. Embora considerando esta incidência descrita na literatura, há de se repensar em outros fatores que estejam colaborando na procura do controle pressórico pelas mulheres em maior proporção que em relação ao homem. A vivência nos serviços de prevenção primária, ainda que empírico, remete a reflexão de que, em geral, a mulher procura mais o serviço de saúde para atividades preventivas que o homem. Talvez o comportamento preventivo pode ser mais aceito e seguido pela mulher por supor que a percepção deste gênero em manter-se saudável é mais evidente e é impulsionada pelo aspecto cultural e social da preocupação materna em relação aos cuidados com a prole; a mulher pode se cuidar mais porque pode acreditar que só assim poderá garantir a continuidade do zelo pelos filhos, apontando o receio das incapacidades funcionais advindas de doenças crônicas ou a morte como ameaças ao status de cuidadora. Ou ainda, corroborando com DE LORENZI et al. (2005) que analisou 254 mulheres pós-menopáusicas atendidas em um Ambulatório de Climatério confirmando o percentual de 73,2% de mulheres com melancolia e tristeza associadas ao climatério e visão negativa desta fase da vida, pode-se supor que a fase de climatério vivenciada pela maioria das mulheres deste estudo as impulsionem para a procura de um serviço de saúde que garanta auxílio às suas necessidades emocionais. Contudo, analisando as queixas registradas na primeira consulta (Tabela 3), observa-se que em 31,5% do total de consultas, havia registrado como queixa principal a procura da unidade de saúde por queixas ginecológicas; há, portanto, a evidência de que a mulher tem procurado o serviço para tratamento ginecológico supostamente justificado na sintomatologia da queixa ginecológica que além de causar desconforto vem culturalmente reforçar o asseio da mulher pelo órgão genital. Este dado também evidencia a assintomatologia da hipertensão arterial, pois as mulheres podem ter sido identificadas como hipertensas numa consulta ginecológica.

A análise das queixas registradas na última consulta remete a uma discussão diferente. As queixas ginecológicas são registradas em proporção menor, e surge a identificação da busca por consulta demonstrando uma preocupação com o controle pressórico e com o controle do peso corporal que correspondem a atitudes preventivas, ainda que registradas condições de risco como a crise hipertensiva, e acuidade visual diminuída que pode estar relacionada com lesão de órgão alvo (Tabela 4).

Comparando as queixas registradas na última consulta por profissional, observa-se que as queixas ginecológicas são mais registradas na consulta de enfermagem em relação à consulta médica, e que queixas álgicas são mais registradas pelo médico em relação ao enfermeiro. Esta situação parece confirmar a busca pelo profissional de acordo com a autonomia do mesmo na prescrição de cuidados e/ou

medicamentos. O profissional enfermeiro procura prestar atendimento alicerçado pela visão holística, humanista e voltada a prevenção, haja vista a identificação do holismo nos modelos teóricos de enfermagem (LOPES NETO & NOBREGA, 1999), que embasam o conhecimento científico envolvendo o cuidado do ser humano em sua totalidade. Aliado a esta realidade, o espaço que têm conquistado junto a ações em saúde da mulher, especialmente com apoio de programas ministeriais como a consulta ginecológica para prevenção do câncer cérvico-uterino, impulsiona este profissional para o reconhecimento comunitário e pela busca deste profissional quando na existência de queixas ginecológicas. A atuação do profissional enfermeiro nos programas de saúde tem se expandido e se firmado com autonomia especialmente na prescrição de cuidados de saúde, embora ainda se observe em muitos serviços, a realização da consulta de enfermagem baseada no modelo médico curativo tradicional (MACIEL & ARAUJO, 2003). Neste modelo, a cultura medicalizada e tecnológica tende a incentivar a procura pelo profissional médico na expectativa da prescrição medicamentosa e de solicitação de exames laboratoriais e complementares quando surgem queixas relativas a disfunção dos sistemas orgânicos, corroborando com o encontrado neste estudo.

A inserção do profissional nutricionista neste programa parece ser de grande valia no controle e redução do peso corporal e de reeducação alimentar, ainda que seja necessária investigação acerca do percentual de procura por este profissional entre todos os casos necessários encaminhados, uma vez que o resultado desta pesquisa demonstra o percentual de apenas 8,2% de atendimentos em última consulta, entre o total de atendidos na mesma ocasião. Em geral, é conhecida a inadequação dietética no consumo alimentar da população em geral, o que agrega riscos adicionais à saúde (BONOMO *et al.*, 2003) e em se tratando de portadores de doença crônica, como é o caso dos sujeitos desta pesquisa, o acompanhamento nutricional e dietético insere-se como medida necessária ao controle pressórico e prevenção de complicações.

Conclusão

As queixas relatadas em consultas no CSE demonstram pequena prevalência de condições pressóricas emergentes e de possíveis lesões de órgãos alvo.

Pode-se avaliar que o comportamento preventivo, identificado pela busca do controle pressórico na última consulta, é fato relevante que conclui a mudança de comportamento com vistas à prevenção alcançado com o programa. É também evidente a tentativa de resolução de outras queixas que levaram o indivíduo hipertenso à procura pela consulta, pois embora hipertenso, o indivíduo possui outras situações e condições de risco que se supõe estarem sendo observadas e tratadas pela equipe de saúde, o que define a preocupação do serviço de saúde pelo atendimento integral do hipertenso em oposição a sua fragmentação e reducionismo patológico.

Referências

- BATES, B. *Propedêutica médica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- BONOMO, E. et al. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n.5, p. 1461-1471, set./out. 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES, 1993.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Caderno de saúde*, Brasília, n. 7, 1997.
- BRANDÃO, A. P. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial, *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 13, n. 1, jan./fev. 2003.
- CHIAVERINI, R. et al. *Hipertensão arterial para o clínico: etiopatogenia, diagnóstico, tratamento*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1985.
- DE LORENZI, D. R. S. et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v. 27, n.1, p. 7-11.
- LESSA, I. et al. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- LOPES NETO, D.; NÓBREGA, M. M. L. Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 52, n. 2, p. 233-242, abr./jun. 1999.
- NOBLAT, A. C. B. et al. Raça e lesão de órgãos-alvo da hipertensão arterial em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de referência na cidade de Salvador. *Arq. Bras. Cardiol*, 2004, v. 82, n. 2, p.111-115.
- MACIEL, I. C. F.; ARAUJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. *Rev. Latino-Amer. Enfermagem*, v.11, n. 2, p. 207-214, mar./abr. 2003.
- PLAVNIK, F. L.; TAVARES, A. Avaliação inicial do paciente hipertenso. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, São Paulo, v.13, n.1, jan./fev. 2003.
- RIBEIRO, A. B. *Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- SANTOS, Z. M. S. A. *Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado*. Fortaleza: Unifor, 2002.
- SERRO AZUL, L. G. C. C. et al. *Propedêutica cardiológica: bases fisiopatológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977.

Recebido para publicação em: 10/11/2003

Received for publication on: 10/11/2003

Aceito para publicação em: 21/03/2005

Accepted for publication on: 21/03/2005